



ОПТИМИЗАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ.

Хурсанов Ёкубжон Эркин угли

Толибов Мансур Махмудович

Вохидов Жахонгир Жамshedович

Самаркандский государственный медицинский институт

Yokubjon1994@mail.ru

Аннотация: *Представлены современные литературные данные о раннем хирургическом лечении тяжелообожженных, определение и методы ранней некрэктомии. Дано патогенетическое обоснование ранним хирургическим вмешательствам при ожоговой болезни, использование которых приводит к улучшению результатов лечения.*

Ключевые слова: *тяжелообожженные, ожоговая болезнь, глубокие ожоги, раннее хирургическое лечение, ранние некрэктомии.*

Лечение ожоговых больных по-прежнему остается сложной медицинской, социальной и экономической проблемой. Удельный вес пострадавших от ожоговой травмы за последние 31 лет увеличился в 2 раза [48], составляя среди травм мирного времени от 5 до 12% и занимая 2-3 место в структуре травматизма [2]. Учитывая быстрые темпы развития технического прогресса, в недалеком будущем можно предполагать, что на протяжении среднестатистической 60 лет жизни каждый из 50 обитателей планеты может быть госпитализирован по поводу термической травмы, при этом у одного из 550 большая вероятность погибнуть [46]. Исследования этих же авторов свидетельствуют о том, что в США около 2 млн. человек ежегодно получают ожоговую травму, а из них 20% находятся на лечении в специализированных стационарах. Среди рассматриваемой категории высока доля пострадавших с глубокими и обширными ожогами, лечение которых представляет наиболее сложную проблему современной комбустиологии. Основным в лечении больных с термической травмой является максимально раннее восстановление утраченного кожного покрова [3, 4, 7, 23, 44]. Решение этой задачи реализуется двумя подходами: 1) раннее хирургическое лечение (РХЛ), заключающееся в иссечении некротизированных тканей с последующей одномоментной, либо отсроченной аутодермопластикой; 2) консервативная подготовка ран, предусматривающая применение некролитических препаратов, способствующих отторжению некротических тканей, с последующей дермопластикой, или пластическое закрытие гранулирующих ран после самопроизвольного, обусловленного в срок биологическим закономерностям эволюции раневого процесса, отторжения некротизированных тканей. Глубокие ожоги принципиально не отличаются от травматических ран различного генеза, где присутствуют нежизнеспособные ткани [22, 36]. Оправданность хирургической обработки инфицированной раны в



эксперименте еще в 1898 году обосновал П.Фридрих стремлением обогнать «инфекцию ножом». Первые попытки хирургической обработки ожогов предпринимались в начале прошлого столетия, однако реальные успешные результаты ранней некрэктомии (РН) были достигнуты позже [44,46,49]. Несмотря на теоретическую обоснованность и, казалось, очевидные преимущества, РХЛ тяжелообожженных не нашло должного широкого распространения в странах СНГ, хотя возможности и реализация этого метода лечения постоянно обсуждаются в специальной литературе, на съездах и конференциях [1, 27, 28, 32, 34, 44, 47]. Наиболее существенными причинами отказа от раннего иссечения некротизированных тканей ожоговых ран являются: 1) отсутствие объективной клинической верификации глубины поражения в первые сутки после термической травмы. Использование методов УЗИ-диагностики [21, 54, 59, 65, 69, 71, 73], красителей и флюоресцентных (41), термографии [18], магнитнорезонансной томографии [11], гистологических исследований [19] ограничено ввиду их малоинформативности, либо дороговизны. Поэтому на практике, как правило, глубина поражения оценивается по внешнему виду, признакам, указывающим на нарушение кровообращения, состоянию болевой чувствительности (укол иглой, аппликации с раздражающими жидкостями, тест с выдергиванием волос). Необходимо учитывать полиморфизм и мозаичность глубины поражения, и, как следствие, «непредсказуемость» жизнеспособности эпителия дериватов кожи, что обуславливает частоту ошибок при определении дермального поражения [16]. Характер некроза также влияет на частоту ошибок при диагностике глубины ожога. Так, при влажном некрозе в первые 3-5 суток правильное определение глубины поражения отмечено у 39,7% обоженных, при сухом некрозе ранняя диагностика была достоверна у 52,1% [47]; 2) травматичность РН и сопровождающая их значительная кровопотеря, которая зависит от способа иссечения некротических тканей, методов гемостаза, срока выполнения операций, возраста обоженных, наличия сопутствующих заболеваний. Кроме этого, при обширных некрэктомиях с одномоментной аутодермопластикой высок риск неблагоприятного исхода ввиду дополнительной утраты кожного покрова на донорских участках и кровопотерей при взятии аутодермотрансплантатов [46]; 3) поздняя госпитализация в специализированный стационар, обусловленная недостаточными знаниями хирургов о возможности РХЛ [21]; 4) отсутствие достаточного количества запасов крови и белковых препаратов [28]; 5) невозможность осуществления адекватного анестезиолого-реанимационного пособия, предполагающего оптимальные методы анестезии и нахождения обоженных в условиях отделения реанимации с постоянным мониторингом гемодинамики и лабораторных показателей [32]; 6) отсутствие банков аллогенной кожи [40]; 7) давящий над хирургами основной принцип медицины «Примум нон носере». Боязнь «навредит» в случае раннего иссечения струпа, увеличение раневых поверхностей при взятии аутодермотрансплантатов, риск их отторжения ввиду нерадикального иссечения некроза, либо отслойки гематомами приводит к отходам на позиции консервативных методов подготовки ожоговых ран,



когда последующая аутодермотрансплантация на подготовленные грануляции предполагает положительный результат. Но такого состояния раны можно добиться далеко не всегда, так как «при обширных и глубоких ожогах ожидание спонтанного отторжения тканей связано с беспокойным ощущением стороннего наблюдателя за постепенно ухудшающимся состоянием пациента. Смерть может наступит раньше, чем станет возможным хирургическое вмешательство» [45]. Является аксиомой, что результаты лечения ожоговой болезни зависят от сроков восстановления утраченного кожного покрова, поэтому РХЛ при определенных показаниях должно активнее внедряться в клиническую практику. Остаются дискуссионными вопросы показаний и противопоказаний к РХЛ, сроках и объемах РН, способах и времени закрытия ожоговых ран [15, 48]. Показания для раннего иссечения некротических тканей возникают при: 1) достоверно глубоких ожогах; 2) отсутствии ожогового шока, раннего сепсиса и острого воспаления в ранах и окружающих их интактных от ожогов тканей; 3) сроках от момента получения ожога, не превышающих 5-7 дней; 4) локализации ожогов на конечностях. Ранняя некрэктомия не показана при: 1) крайне тяжелом состоянии обожженного, обусловленном обширностью поражения; 2) тяжелом термохимическом поражении верхних дыхательных путей; 3) генерализации инфекции, септическом течении заболевания; 4) развитии влажного некроза в ожоговых ранах; 5) локализации глубоких ожогов в области шеи, подмышечных впадин, промежности, волосистой части головы. Выполнение РН возможно при стабилизации гемодинамики и функции внешнего дыхания, достаточном диурезе, положительной динамике лабораторных показателей крови. Анализируя литературные данные [26, 31, 41, 46], оптимальными сроками раннего иссечения нежизнеспособных тканей у тяжелообожженных являются 5-7 сутки с момента травмы, так как после выхода из шока сохраняются компенсаторные возможности организма, состояние больных остается стабильным, местное воспаление и регионарный отек выражены умеренно, меньше вероятност ошибок при определении границ глубокого поражения. Иссечение некротических тканей по линии демаркации возможно лишь в более поздние сроки, но уже тогда отмечается гнойное расплавление тканей, выраженная местная воспалительная реакция и ухудшение состояния. Данные о возможных объемах некрэктомий противоречивы. Однако, ввиду травматичности подобных операций, по мнению большинства комбустиологов [35, 47], площадь одномоментно иссекаемых тканей не должна превышать 10-15% поверхности тела при соответствующем анестезиологическом и трансфузиологическом обеспечении в условиях специализированного стационара. Важными моментами при определении объемов РН являются локализация ожогов, особенности оперативной техники. В зависимости от объемов иссекаемых тканей РН подразделяют на: 1) малые – удаление струпа до 5% поверхности тела; 2) ограниченные по площади – иссечение нежизнеспособных тканей на площади 5-10%; 3) обширные – иссечение струпа от 10 до 20% поверхности тела; 4) масштабные – удаление некротических тканей площадью более 20% [31]. Оперативно-



техническое пособие при РН осуществляют следующими способами: тангенциальное (послойное) иссечение струпа на определенную глубину, либо одномоментное иссечение до заведомо жизнеспособных тканей (подкожной клетчатки, фасции, мышц). Тангенциальное иссечение показано при мозаичном характере поражения, что способствует сохранению эпителиальных элементов дериватов кожи, позволяет выявить глубину поражения, уменьшит компрессию подлежащих глубоких слоев кожи. Для выполнения тангенциальной некрэктомии используют дерматомы роторного типа с установкой зазора на толщину среза тканей 0,3-1,0 мм, или некротомы (типа ножа Гамби) с ограничителем ширины среза 5-10 см и установкой зазора на толщину 0,2-1,0 мм, производя послойное удаление некротических тканей. Для сокращения кровопотери при эксцизии тканей используют также электрохирургические инструменты [30], лазерные хирургические установки кристаллического (неодимого) непрерывного действия и газового (углекислый газ) импульсного типа (10, 11), плазменный скалпел [38]. Отмечено, что при применении луча лазера и плазменного скальпеля происходит 3-5 – кратное уменьшение кровопотери из-за происходящей по ходу иссечения коагуляцией кровеносных сосудов диаметром до 3 мм, но время иссечения увеличивается в 2 раза. Однако эти методы ввиду трудностей технического обеспечения еще не получили широкого распространения, несмотря на видимую перспективность. Скальпельная эксцизия предусматривает выполнение окаймляющих и сегментарных разрезов на глубину некроза (в пределах дермы, до фасции, мышц). Края каждого сегмента последовательно берутся на зажимы и приподнимаются, затем посегментарно проводится иссечение всего массива некротизированных тканей. Остановка кровотечения осуществляется лигированием, прошиванием, либо электрокоагуляцией. Кровопотеря при РН является одним из факторов, ограничивающих их широкое применение, составляя в среднем 1 мл на 1 см² иссекаемой раны [5,7,9,11,15]. Следовательно, при иссечении нежизнеспособных тканей площадью 5-10% поверхности тела интраоперационная кровопотеря достигает до 1000,0 мл, а в ряде случаев – при нарушении системы свертывания крови – значительно превышая указанные показатели. Удаление некротических тканей на конечностях целесообразно выполняют под жгутом. Меньшая потеря крови происходит при иссечении струпа на уровне подкожной клетчатки и фасции, так как при этом не наблюдается диффузного кровотечения. Объем кровопотери при РН можно нивелировать, используя метод аутогемотрансфузии – переливание крови, взятой у больного перед операцией и реинфузируемой во время или после оперативного вмешательства. Гемодилюция, проводимая в предоперационном периоде за счет введения избыточного количества жидкости в сосудистое русло, приводит к относительно меньшей кровопотере. Возможен также сбор (утилизация) крови при некрэктомиях на конечностях – перед началом иссечения некроза пунктируют вену в неповрежденных участках кожи дистальнее жгута, получая до 75- 110 мл крови в области плеча и 130-160 мл в области бедра, с последующей реинфузией после



гемостаза [41]. И, конечно, необходимо своевременное и адекватное возмещение кровопотери для профилактики острых нарушений гемодинамики во время операции и послеоперационной анемии. Способы и время восстановления кожного покрова после выполненной РН различны и зависят от выбранного способа иссечения струпа, локализации поражения, наличия донорских ресурсов. Выделяют первичную, первично – отсроченную, вторичную ранюю и вторичную позднюю кожные пластики [14]. Два первых вида аутодермопластики производят на рану после некрэктомии (сразу после нее, либо через несколько дней, но до появления грануляций). Вторичная ранняя пластика выполняется на гранулирующую раневую поверхность после отторжения или оперативного удаления нежизнеспособных тканей со 2-4 недели после термической травмы. При вторичной поздней пластике пластическое закрытие раны производится после удаления грануляций. Основным методом восстановления кожного покрова после выполненной РН является трансплантация сплошных или перфорированных лоскутов расщепленной аутокожи [29, 31]. Несвободная кожная пластика используется только после иссечения пораженных глубоких анатомических структур, преимущественно на кистях. Также в аналогичных случаях применяется пластика лоскутами с осевым кровоснабжением [29]. У тяжелообожженных, даже несмотря на использование экономных методов кожной пластики, возникает дефицит донорских ресурсов кожи уже при глубоких ожогах 16% поверхности тела [41]. В связи с этим важным звеном в лечении является использование раневых покрытий для предотвращения инфицированности ран и истощения организма, в качестве подготовки к последующей кожной пластике, с целью быстрой эпителизации донорских участков. К раневым покрытиям относятся аллогенная кожа человека (кадаверная или от живого донора) [45, 46], ксенокожа [17, 33, 43], мембраны эмбрионов и синтетические заменители кожи [31]. Наиболее часто используется аллогенная кадаверная кожа как в качестве временного раневого покрытия, так и при комбинированной пластике, когда на рану одновременно трансплантируют аутологичную и аллогенную кожу в разных сочетаниях (чередование полосок ауто- и аллокожи – метод Моулен – Джексона, либо метод «двойных сеток», когда после иссечения струпа на раны трансплантируются перфорированные 1:6 – 1:10 лоскуты аутокожи, поверх которых накладывается аллокожа) [40]. Перспективны методы восстановления кожного покрова с использованием биотехнологических методов – выращенных *in vitro* кератиноцитов и аллогенных фибробластов, но применение их ограничено ввиду необходимости дорогостоящего оборудования и трудоемкости процесса [6, 9, 19, 20, 39, 41]. РХЛ нашло свое место в лечении тяжелообожженных детей [18, 24, 27, 32]. Иссечение девитализированных тканей и замещение образовавшихся дефектов приводит к уменьшению возможностей осложнений во все периоды ожоговой болезни, является профилактикой рубцовых контрактур и деформаций [8, 12, 13, 42, 49]. Однако известно мнение [34], что после выполнения РН у детей формируются грубые рубцовые деформации, а при отсутствии угрозы для



жизни методом выбора должна быть отсроченная кожная пластика. Значительные трудности в лечении обожженных пожилого и старческого возраста представляют не только обширные, но и локальные ожоги. Но даже у данного контингента больных активная хирургическая тактика, в основе которой лежит РН с одномоментной или отсроченной кожной пластикой, позволяет сократить сроки лечения и в 1,5 раза снизить летальность от гнойных осложнений ожоговой болезни [5, 25, 37]. Таким образом, РХЛ тяжелообожженных предусматривает удаление ожогового струпа до развития инфекционных осложнений ввиду того, что инфекция является одним из ведущих факторов, определяющих патогенез не только ожоговых ран, но и ожоговой болезни в целом. Значительная масса девитализированных тканей приводит к интенсивному росту микроорганизмов, которые способствуют развитию метастатических гнойных очагов во внутренних органах. Существенное значение на развитие сепсиса оказывают микробные токсины и продукты распада тканей. Сроки заживления ожоговых ран обусловлены не столько площадью ожогов, сколько массой погибших тканей и скоростью очищения раневых поверхностей от ожогового струпа с последующей дермотрансплантацией. Иссечение некротических тканей способствует прерыванию ожоговой болезни в стадии токсемии и предотвращению развития септикотоксемии. Создаются оптимальные условия для приживления дермотрансплантатов. Поэтому выполнение РН при ожоговой болезни приводит к снижению летальности, сокращению сроков и улучшению функциональных результатов лечения. Проведение в ранние сроки некрэктомии при ожоговой болезни патогенетически обосновано, однако имеет свои особенности, соблюдение которых определяет течение и исход заболевания у тяжелообожженных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Шакиров Б., Авазов А., Хурсанов Ё. COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENSIVE DEEP BURNS LOWER LIMBS //EurasianUnionScientists. – 2022. – С. 24-26.
2. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
3. Abdurakhmanovich A. A., Furkatovich A. R. Methods of early surgical treatment of Burns //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 528-532.
4. Erkinovich K. Y. Methods of early surgical treatment of burns //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – Т. 2. – №. Special Issue 4. – С. 184-188.



5. Элмуратов Г. К., Шукуров Б. И. ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАЗРЫВОВ ДИАФРАГМЫ //THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2022. – Т. 1. – №. 7. – С. 40-58.
6. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
7. Саттаров Ш. Х., Рузибаев С. А., Хурсанов Ё. Э. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСТОМИИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 238-242.
8. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Мухаммадиев М. Х. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ BISAP ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 158-164.
9. Рузибоев С. А., Авазов А. А., Хурсанов Е. Э. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 184-191.
10. Саттаров Ш. Х., Рузибаев С. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 144-150.
11. Даминов Ф. А., Карабаев Х. К., Хурсанов Ё. Э. ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ (Обзор литературы) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 133-142.
12. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИОРИТЕТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 36-43.
13. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ДИАПЕВТИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 44-51.
14. Тухтаев Ж. К., Хурсанов Ё. Э. У. ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 20-31.
15. Ачилов М. Т. и др. ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 62-69.
16. Elmuradov G. O. K. et al. QORIN BO 'SHLIG 'I YOPIQ JARONATLARIDA SONOGRAFIYA VA VIDEOELAPAROSKOPIYANI QO'LLASH //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 173-180.
17. Shakirov B. M., Avazov A. A., Umedov X. A. Peculiarities of hand burn treatment in the conditions of moist medium //ISJ Theoretical & Applied Science, 04 (108). – 2022. – С. 289-291.



18. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. STANDARDIZATION OF THE THERAPEUTIC DIAGNOSTIC APPROACH FOR COMBINED CLOSED INTESTINAL INJURY //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 120-132.
19. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 152-161.
20. Хамроев Г. А., Хурсанов Ё. Э. ОРГАНСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАССИВНОМ РАЗМОЗЖЕНИИ ЯИЧКА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 185-194.
21. Даминов Ф. А., Хурсанов Ё. Э., Карабаев Х. К. НАШ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 143-151.
22. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х. К., Хурсанов Ё. Э. К. СОВРЕМЕННЫЕ И НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО И ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 103-113.
23. Нормаматов Б. П. К., Сатторов А. Х. К., Хурсанов Ё. Э. К. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 114-121.
24. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. К. СОВРЕМЕННЫЕ И АКТУАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //MODELS AND METHODS FOR INCREASING THE EFFICIENCY OF INNOVATIVE RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 21. – С. 92-102.
25. Нормаматов Б. П., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯМИ //THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2023. – Т. 2. – №. 13. – С. 158-167.
26. Avazov A. A., Xursanov Y. E. ERTA KUYGAN BOLALARDA AUTODERMOPLASTIKA QILISHNING ZAMONAVIY USULLARI //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 23-28.
27. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ НЕКРОЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С РАННИМИ ОЖОГАМИ //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 19-22.
28. Alisherovich U. K. et al. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF MULTI-STAGE SURGICAL TACTICS IN SEVERE LIVER DAMAGE //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 312-318.
29. Alisherovich U. K., Rashidovich S. H., Ugli K. Y. E. OUR EXPERIENCE IN CONSERVATIVE TREATMENT OF SPLEEN INJURY IN CLOSED ABDOMINAL TRAUMA //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 319-325.



30. Хурсанов Ё. Э. У., Жуманов Х. А. У., Эргашев А. Ф. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 332-340.
31. Temirovich A. M. et al. CRF AND CKD: MODERN APPROACHES TO TERMINOLOGY, CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 79-90.
32. Akhmedov R. F. et al. Our experience in the treatment of burn sepsis //Actual problems of thermal trauma. Emergency Surgery.-Saint-Petersburg. – 2021. – С. 10-11.
33. Эгамбердиев А. А. и др. Усовершенствованный метод ненатяжной герниоаллопластики при паховых грыжах //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 448-450.
34. Mardonov B. A., Sherbekov U. A., Vohidov J. J. Современные подходы к лечению пациентов с вентральными грыжами симультанными патологиями //Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – Т. 17. – №. 3.
35. Zikirayayevna S. G., Xudoyberdiyevna S. N., Jamshedovich V. J. FEATURES OF PATHOLOGY THYROID GLAND IN A WOMAN WITH RHEUMATOID ARTHRITIS //Spectrum Journal of Innovation, Reforms and Development. – 2022. – Т. 4. – С. 49-54.
36. Sulatanbaevich B. A., Yakhshiboevich S. Z., Jamshedovich V. J. Acute cholecystitis in elderly and senile patients //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 24 (36). – С. 85-88.
37. Шербекоев У. А., Алиева С. З. К., Вохидов Ж. Ж. Тактика ведения больных желчекаменной болезнью с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией //Academy. – 2018. – Т. 2. – №. 6 (33). – С. 85-89.
38. Sulatanbaevich B. A., Yakhshiboevich S. Z., Jamshedovich V. J. Role of chemotherapy in prophylaxis of the liver echinococcosis recurrence //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 24 (36). – С. 88-90.
39. Babajanov A. S., Saydullaev Z. Y., Vohidov J. J. ROLE OF CHEMOTHERAPY IN PROPHYLAXIS OF THE LIVER ECHINOCOCCOSIS RECURRENCE //Вопросы науки и образования. – 2012. – Т. 51. – №. 2.1. – С. 88.
40. Yakhshiboevich S. Z., Jamshedovich V. J., Kamariddinovna K. M. Problem of recurrence of single-chamber liver echinococcosis after surgical treatment and ways to solve them (Literature review) //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 24 (36). – С. 91-95.
41. Шамсиев Ж. З. Миниинвазивные вмешательства в лечении варикозной болезни //Вопросы науки и образования. – 2018. – №. 13 (25). – С. 95-96.
42. Сайинаев Ф. К. и др. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 436-438.
43. Саидмурадов К. Б. и др. ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ



МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 434-436.

44. Абдуллаев Х., Толибов М. Allergodermatozlar bilan bog'liq bo'lgan vulgar asneni kompleks davolash Samaraligini o'rganish //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3.2. – С. 73-74.

45. Абдуллаев Д. М., Тошев С. У., Толибов М. М. КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ //Актуальные аспекты медицинской деятельности. – 2021. – С. 254-256.